



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ใบคำขอเพื่อ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
 การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม
 การเปลี่ยนแปลง / การเพิ่มจำนวนเอาประกันภัย
 การยกเลิก / การลดอัตราสุขภาพหรืออัตราอาชีพ

ตัวแทนบริการ _____ รหัส _____
 หน่วย _____ รหัส _____
 อาคาร _____ โทรศัพท์ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____ ที่อยู่ _____ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ อาชีพและหน้าที่การงานประจำวันของท่าน _____ นามของนายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปีประมาณปีละ _____	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ อายุ _____ ปี _____ _____ สถานะครอบครัว [] โสด [] สมรส [] หม้าย [] หย่า _____ _____ _____ บาท	ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อายุ _____ ปี _____ _____ (สำหรับกรมธรรม์เยาวชนที่มีผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแนบอยู่) สถานะครอบครัว [] โสด [] สมรส [] หม้าย [] หย่า _____ _____ _____ บาท
1 (ก) ท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีส่วนสูง และน้ำหนักในปัจจุบันเท่าไร? ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 กก. (7 ปอนด์) หรือไม่? (ถ้าใช่ระบุเหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง) (ข) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ค) วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด? สาเหตุที่พบและผล	(ก) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ _____ _____ _____ (ข) _____ _____ _____ (ค) _____ _____ _____	(ก) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ _____ _____ _____ (ข) _____ _____ _____ (ค) _____ _____ _____

กรมธรรม์เยาวชนที่มีผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแนบอยู่ กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์เยาวชน)
2 ท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือคนใดคนหนึ่งในครอบครัวของท่าน เคยตรวจพบเลือดบวกต่อไวรัสเฮปेटิตีส์ หรือเคยได้รับคำแนะนำและ/หรือการรักษาโรคเฮปेटิตีส์ (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือมีอาการต่อไปนี้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมทอนซิลอักเสบ เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผดผื่นคัน ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือไม่มี	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



<p>กรณกรรรมยวชนทม่ผลประยชนผู้ซ้าระเบ้ยประกนภยแนบอยู่ กรณตอบค้ถามในซงผู้ซ้าระเบ้ยประกนภยด้วย</p>	<p>ผู้ขอเอาประกนภย / ผู้เยาว์</p>	<p>ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภย (กรณม่กรณกรรรมยวชน)</p>
<p>3 ท่าน / ผู้เยาว์ ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภย หรือคนใดคนหน้ในครอบครัวของท่าน (บิดา, มารดา, พี่น้อง) เป็นหรือเคยเป็น โปลิโอ, โรคไต, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคระบบประสาทมัลติเพิลสเคลโรสิส (multiple sclerosis), โรคตับอักเสบ, โรคตับแข็ง, โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, อัมพาต, โรคกล้ามเนื้อเชื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, การผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก, เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบ หรือได้รับการวินิจฉัยข้ยว่าเป็นโรคมะเร็ง หรือม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4 ท่าน / ผู้เยาว์ ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภย หรือคนใดคนหน้ในครอบครัวของท่าน (บิดา, มารดา, พี่น้อง) หรือคู่สมรสเคยเป็นวัณโรค, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคระบบประสาท หรือมีอาการสัมผัสกับโรคเอดส์ หรือม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภย เคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมึนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6 (ก) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภยสูบบุหรืหรือไม่ ถ้าใช่ สูบมาเป็นเวลา _____ ปี ประมาณวันละ _____ มวน</p> <p>(ข) ใน 1 ปีที่ผ่านมามา ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภยดื่มสุร่าเป็นประจำหรือไม่</p> <p>(ค) ในอดีต ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภย เคยสูบบุหรืหรือดื่มสุร่าในปริมาณมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ ถ้าใช่ เล็ก / ลดการสูบหรือดื่มมานาน _____ ปี สาเหตุที่เลิก/ลด _____</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>7 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ซ้าระเบ้ยประกนภยเคยเป็น หรือเคยทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>(ก) โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ รวมทั้งการมีเลือดกำเดาออกบ่อย</p> <p>(ข) วัณโรค, โรคเบาหวาน, โรคโลหิตจาง, เป็นลม, โรคลมบ้าหมู(ลมชัก), แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคจิต, โรคทางสมอง, หรือระบบประสาทอย่างใดอย่างหน้</p> <p>(ค) ไอบีเป็นเลือด, ไอบีเรื้อรัง, วัณโรค, โรคหอบหืด, โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหน้เกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ</p> <p>(ง) อาการเจ็บหน้าอก, ความดันโลหิตสูง, โรคของหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจและลิ้นหัวใจ หรือผนังหัวใจรั่ว (Murmur) โรคเลือด หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง หรือโรคเท้าช้าง</p> <p>(จ) อาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด), แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้, เลือดออกในทางเดินอาหาร อาเจียนเป็นเลือด, ไข้เลือด หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับตับ, ตับอ่อน, ถุงน้ำดี, กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</p> <p>(ฉ) โรคไต, นิ่ว, กามโรค บ้สสาวะมีเลือดปน, หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายบ้สสาวะ</p> <p>(ช) โรคเบาหวาน, คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ</p> <p>(ซ) โรคมะเร็ง, เนื้องอก, ตุ่มเนื้อ หรืออวัยวะ ใดๆ ที่งอกขึ้นหรือ โตขึ้นผิดปกติ</p> <p>(ฎ) ไข้เรื้อรัง, ไข้รูมาติก, ข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์ (Gout) โรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง, กระดูกสันหลัง, กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

กรรมกรรรมเยาวชนที่มีผลประโยชนผู้ชำระเบี่ยประกันภัยแนบอยู่ กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี่ยประกันภัยด้วย	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย (กรณีกรรมกรรรมเยาวชน)
<p>8 ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัยเคย</p> <p>(ก) มีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่</p> <p>(ข) มีการบาดเจ็บ, เจ็บป่วย, การผ่าตัด, การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9 ในปัจจุบันท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัยมีส่วนร่วมในการทหาร หรือในการขับเครื่องบินหรือการโดยสารที่มีไฟสายการบินพาณิชย์หรือการแข่งขันกีฬาที่มีความเสี่ยงภัย เช่นการแข่งขันรถยนต์จักรยานยนต์แข่งม้า แข่งเรือ ขกมวย ดำน้ำหรือไม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย เคยอยู่นอกประเทศไทย ติดต่อกันเกิน 3 เดือนหรือไม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>11 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี่ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย หรือต่ออายุกรรมกรรรมประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12 เฉพาะสตรี</p> <p>(ก) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย กำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่ขณะนี้ตั้งครรภ์เป็นเวลา _____ เดือน</p> <p>(ข) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย เคยมีความผิดปกติของเต้านม หรืออวัยวะสืบพันธุ์ ตั้งแต่แรกเกิดหรือไม่</p> <p>(ค) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย เคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจภายใน, ตรวจเต้านม เช่น เอ็กซเรย์เต้านม (Mammography) หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหรือไม่</p> <p>(ง) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย เคยไปพบแพทย์ด้านความผิดปกติของประจำเดือน เต้านม, คลอดบุตรยาก หรือเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์หรือไม่</p> <p>(จ) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี่ยประกันภัย หรือคนใดคนหนึ่งในครอบครัวของท่านเคยมีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่ (รวมทั้งมารดา ย่า ยาย ป้า น้า อา พี่น้อง)</p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13 ถ้าคำตอบในข้อ 2 – 12 เป็นคำตอบรับโปรดให้รายละเอียด (ระบุเลขข้อคำถามโดยวงกลมข้อที่เกี่ยวข้อง) รวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรค วันที่ ระยะเวลา ชื่อและที่อยู่ ของบรรดาแพทย์ที่เคยตรวจรักษา</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านคำขอ หรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และข้าพเจ้าขอรับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกฎหมายตามที่กรมธรรม์ดังกล่าวว่า คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่ามีส่วนบังคับ แม้จะมีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะอนุมัติหนังสือรับรองสุขภาพฉบับนี้ โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้ายังยินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัท ได้ยอมรับการขอเพื่อกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว ข้างต้นแล้วให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านและข้อกำหนดเรื่องอัตราเบี้ยประกันภัยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติคำขอเพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

พยาน / ตัวแทน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์

พยาน / ตัวแทน

วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้แทนและผู้ใช้อำนาจปกครอง
หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

Underwriter's comment:

Approve by _____

UWID _____

Date _____